

· 短篇论著 ·

急性嵌顿混合痔两种手术序贯治疗的临床对比分析

李霖 王佳雷 梁万强

【摘要】 目的 比较急性嵌顿混合痔两种手术序贯治疗的临床疗效。**方法** 选取急性嵌顿环状混合痔80例,随机分为治疗组40例,行外剥内扎术(MMH)+吻合器痔上黏膜环形切除术(PPH)序贯治疗;对照组40例,行PPH+MMH序贯治疗,术后对WBC(术前、术后第1、5天)、IL-6水平(术前、术后第1、3、5天)、手术时间、术中出血量、术后肛门疼痛、肛门水肿、肛缘皮赘残留、肛门狭窄、痔复发率观测指标进行对比。**结果** 两组病例术中情况(术中出血量、手术时间)、术前、后手术创伤性、痔感染性炎症反应(WBC、IL-6)、肛门狭窄、术后肛门疼痛均无差异性改变;但术后肛缘水肿、肛缘皮赘残留和痔复发率的近、远期疗效对比存在统计学差异($P < 0.05$)。**结论** 两种手术序贯术式均能有效治疗急性嵌顿性混合痔,但MMH+PPH序贯术式疗效更为显著,通过对MMH+PPH序贯治疗术中辅助性手段的灵活运用,更能完善和提升该术式的效能。

【关键词】 痔; 序贯治疗

急性嵌顿痔是痔病中最常见、最严重的并发症之一。目前治疗上一致认同急诊I期手术治疗。我院2006年3月至2010年11月共收治急性嵌顿环状混合痔80例,分别采用吻合器痔上黏膜环形切除术(PPH)+外剥内扎术(MMH)或MMH+PPH不同手术序贯治疗,手术均获成功,现将两组临床疗效对比如下。

一、资料与方法

1. 一般资料:急性嵌顿环状混合痔80例,符合混合痔诊断标准^[1],均为痔核脱出难以还纳,伴肛门剧痛,痔核和肛缘水肿,部分合并黏膜糜烂、渗血和痔核血栓形成。剔除合并严重心、肺、肝、肾疾病、糖尿病、高血压病以及既往痔核手术史病例。采用随机数字表法分为两组。治疗组40例,男25例,女15例,年龄28~70岁,平均42.5岁,嵌顿时间1~3 d,平均1.2 d,行MMH+PPH序贯治疗;对照组40例,男23例,女17例,年龄29~72岁,平均41.4岁,嵌顿时间1~3 d,平均1.1 d,行PPH+MMH序贯治疗。两组一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2. 手术方法:全组病例术前复方聚乙二醇电解质散137.12 g配冲2 L开水口服行全消化道清肠肠道准备;采用硬外麻或腰麻,取截石位。

(1)治疗组MMH+PPH序贯治疗:视嵌顿痔核的大小和分布情况,分别于截石位2、5、7、11点钟位对嵌顿痔核作2~4个自肛缘皮肤至齿线上1 cm处黏膜“V”型切口,缝扎内痔血管丛,行外痔核血管丛剥除及剪除过多的痔核皮赘;同时沿切缘向两侧潜行剥除相邻皮桥下外痔血管丛。0/3吸收线缝合上2/3切缘,开放下1/3肛门口皮肤切缘。随后,经肛门口置入33#直管型肛痔吻合器肛管扩张器,插入缝扎器并于齿线上约4 cm处作一直肠黏膜下荷包缝合,置入吻合器钉头并结扎荷包线,钉头与吻合器杆接合,带线器将荷包线从吻合器侧孔引出,持续适力牵引荷包线并关闭吻合器,击发开关完成切割吻合,吻合器关闭状态20 s后并退出。0/3吸收线“8”字缝合直肠吻合口部出血点,

退出肛管扩张器。

(2)对照组PPH+MMH序贯治疗:充分扩肛,尽可能还纳嵌顿痔核至肛管内。按上述方式先行PPH,后作嵌顿痔核MMH。

(3)肛周镇痛注射:全组病例术后肛周皮下组织均匀注射0.25%亚甲蓝利多卡因液5~8 ml。

(4)术后处理:全组病例术后6~8 h半流质饮食;静脉滴注抗生素5~7 d;术后2~3 d始1/5000 PP液坐盆1~2周,复方角菜酸酯栓塞肛3~4周。

3. 观察指标:WBC(术前、术后第1、5天)、IL-6水平(术前、术后第1、3、5天)、手术时间、术中出血量、术后肛门疼痛、肛门水肿、肛缘皮赘残留、肛门狭窄、痔复发率。

4. 指标的测量和检测:两组病例分别于术前、术后第1、3、5天抽取静脉血,采用免疫放射检测方法(immunoradio assay, IRA)检测IL-6。术中出血量为术中负压吸引瓶血量和小方纱含血量的总和。其中湿透1小方纱血量约为3 ml。

5. 统计学分析:使用SPSS 13.0统计软件进行数据分析。计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用两样本均数 t 检验(方差不齐时采用两样本秩和检验)。术后与术前各指标比较采用配对设计 t 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

二、结果

全组病例手术成功,术后无继发性出血、肛门狭窄、肠痿、肛周脓肿和大便失禁并发症,均治愈。

1. 两组术中情况的比较:治疗组手术时间30~75 min,平均46 min;术中出血8~22 ml,平均12.4 ml;对照组手术时间31~89 min,平均53 min;术中出血8~20 ml,平均12.1 ml。两组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2. 两组术前、后炎症反应的比较:两组病例分别术前、术后1、5 d WBC测定比较及术前、术后1、3、5 d IL-6测定比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

3. 两组术后近、远期疗效的比较:治疗组术后肛门部隐痛3例,持续(3.3±0.8) d,均无需做特殊止痛处理;术后肛缘轻度水肿2例,持续(4.6±1.5) d后消退;皮赘轻度外突4例,肛缘欠平整,无肥大痔体外露。对照组术后肛门隐痛4例,持续(3.9±0.7) d,均无需作特殊止痛处理;术后肛缘轻度水肿6例,持续(8.4±1.7) d后消退;术后无皮赘外突病例,肛缘平整美观。两组病例术后随访6~8个月,治疗组1例术后2个月痔复发,伴痔

核轻度肿胀、肛门瘙痒,经复方角菜酸酯栓塞处理,症状缓解;对照组6病例术后4~6个月痔复发,因反复痔核轻度肿胀或外露肛门外、肛门瘙痒而长期行复方角菜酸酯栓塞肛或PP液坐盆,其中2例于术后5~6个月间再次行痔核MMH而治愈。两组术后肛门疼痛比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗组术后肛缘水肿持续时间较对照组短,两组比较,存在统计学差异($P < 0.01$);与对照组比较,治疗组术后肛缘皮赘残留例数较多,但痔复发率较低,有统计学差异($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组病例术后近、远期疗效的比较

组别	例数	肛门疼痛		肛缘水肿		肛缘皮赘 残留(例) [例、(%)]	复发
		例数	时间 (d, $\bar{x} \pm s$)	例数	时间 (d, $\bar{x} \pm s$)		
治疗组	40	3	3.3 ± 0.8	2	4.6 ± 1.5	4	1(2.5)
对照组	40	4	3.9 ± 0.7	6	8.4 ± 1.7	0	6(15.0)
统计值		0.157	1.088	1.250	2.762	4.210	3.914
P值		0.692	0.326	0.136	0.033	0.040	0.048

三、讨论

嵌顿痔治疗的现代观点:嵌顿痔形成初期,局部急性循环障碍,引起组织缺血缺氧,诱发浆液性炎症反应^[2],而非化脓性炎症,即使有溃疡形成,但炎症多局限于表层,深部组织、附近黏膜、外括约肌皮下部没有显著改变,且肛门组织对细菌又有较强的抵抗力^[3],急诊手术清除了曲张的痔静脉及血栓,从根本上治疗了内痔及混合痔,去除了日后复发的病理学基础;解除肛门括约肌痉挛及静脉、淋巴回流障碍,消除引起感染的病理因素,有利于炎症的控制。

嵌顿性混合痔是痔病发展过程中较为严重的病理阶段,手术治疗目标既要解除痔症状,又要保存肛门功能,减少并发症,降低复发率。各种手术术式各有利弊,单一术式治疗手段难以获得满意的疗效。近几年来,多种联合性治疗术式已有报道^[4-5],优势互补,产生了良好的疗效。PPH与痔外剥内扎术的有机结合也在不断地探索中^[6]。

笔者对本组病例采取了两种不同手术序贯方式予以急症治疗,经治疗对比观察,术中情况(术中出血量、手术时间)和术前、后手术创伤性及痔感染性炎症反应(WBC、IL-6)均无差异性改变。表明两手术序贯方式的可行性,均能及时解除肛门括约肌的痉挛,有效控制了嵌顿痔局部炎症的进一步扩展,且并未因早期手术和手术创伤而加剧原发感染症。但术后肛缘水肿、肛缘皮赘残留和痔复发率的近、远期疗效对比存在统计学差异。究其原因:(1)针对环状混合痔处理,外痔核应最大限度地切除皮赘,最大宽度地留置皮桥(要求皮桥不窄于5mm),同时,痔核的剥离要干净彻底,这是防止术后肛缘水肿和肛门狭窄的有效措施^[7-8]。嵌顿状态中痔组织,尤其内括约肌痉挛严重的情况下,痔核及肛管皮肤高度水肿,分界不清,使得余留皮桥、皮赘难以

掌控。治疗组病例序贯治疗中首行MMH,术后4病例出现肛缘皮赘轻度外突,肛缘欠平整、轻度水肿,大概与上述原因直接关联。(2)对照组病例序贯治疗中首行PPH,痔核上提至肛管内,使次行MMH手术操作空间变窄,难以达到完全的外痔核切除和内痔核血管较高位结扎,且痔核“V”型切口两侧皮桥下外痔血管丛潜行剥离难免残留。本组6病例术后出现肛缘水肿及水肿吸收延时拟与上述原因密不可分。(3)对照组病例的序贯治疗,由于残留了部分的内痔核静脉丛和皮桥下外痔血管丛,为术后痔复发埋下了隐患。与治疗组术后痔复发率比较,存在统计学上的显著性差异。

为进一步发挥MMH+PPH序贯治疗的优势及弥补其不足,我们的改进措施是:(1)术式的选择:较大、严重水肿的嵌顿痔或嵌顿痔核影响PPH操作的病例首选MMH+PPH序贯治疗,以达到完整切除嵌顿痔核、彻底剥离皮桥下外痔静脉丛、高位结扎内痔静脉丛之目的。(2)术中辅助性手段:在进行PPH后做直肠吻合缘上、下部直肠黏膜间断多针“8”字缝合或于直肠吻合缘上方约2cm处行二次PPH,以进一步提升肛垫,隐退肛缘皮赘。(3)术后镇痛剂注射:肛周皮下均匀注射亚甲蓝混合液,使之与肛周神经末梢充分、可逆性结合^[9],达到短期(4~7d)的肛管组织和括约肌的松弛,从而减轻术后肛门疼痛;降低肛管直肠静息压,使肠腔内残留液和创面渗液得以充分引流,减少局部炎症反应;开放侧支循环,促进静脉和淋巴液的回流。

综上所述,两种手术序贯术式均能有效治疗急性嵌顿性混合痔,但MMH+PPH序贯术式疗效更为显著,通过对MMH+PPH序贯治疗术中辅助性手段的灵活运用,更能完善和提升该术式的效能。

参 考 文 献

- [1] 中华医学会外科学分会, 中华中医药学会, 中国中西医结合学会. 痔临床诊治指南. 中华胃肠外科杂志, 2006, 9:461.
- [2] 孙平良, 肖振球, 尹雪曼. 嵌顿痔的临床病理研究. 广西中医学院学报, 2003, 6:11.
- [3] 杨红卫, 黄祖仁. 早期手术治疗环状嵌顿痔68例. 西北国防医学杂志, 2010, 31:293.
- [4] 王雪峰, 陈玲. 两种术式治疗急性环状嵌顿痔的对比研究. 中外医学研究, 2012, 10:34-35.
- [5] 邓业巍, 张胜威, 王华胜, 等. 吻合器上粘膜环切术配合血栓剥除术治疗环状嵌顿痔. 河南大学学报, 2011, 30:272-274.
- [6] 李绮瀚, 余智涛, 王悦辉, 等. PPH术结合外痔切除术治疗急性环状嵌顿痔的临床疗效观察. 中国实用医药杂志, 2012, 7:56-57.
- [7] 何剑平, 张锡滔. 改良PPH术合并外痔切除术治疗急性嵌顿痔的临床观察. 结直肠肛门外科杂志, 2012, 18:120.
- [8] 房平承, 陈方, 朱少伟, 等. 痔吻合器治疗环状混合痔的临床疗效观察. 中华普外科手术学杂志:电子版, 2011, 5:62-63.
- [9] 高峰, 钟毓杰, 史勇, 等. 芍倍注射与复方亚甲蓝长效止痛剂对防治环状混合痔外剥内扎术后并发症的临床研究. 中国医药导刊, 2012, 14:52.

(收稿日期:2012-12-17)

(本文编辑:马超)